

循環器内科・心臓血管外科問診票

記入日： 年 月 日
身長： cm 体重： kg
体温： 職業：

1. 本日はどうなさいましたか？下記の症状に○をつけてください。

・胸が痛い ・息苦しい ・動悸がする ・足が痛い ・手術について聞きたい ・検診異常
・その他()

2. これらの症状はいつからどのように始まりましたか

年 月 日から(突然起こった ・ だんだん起こってきた)
何をしている時ですか()
どのくらいの時間持続しましたか()
現在この症状は(変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている)
紹介医からはどのように言われましたか
()

3. 現在、治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方 病名()
病院・医院名()
薬を(飲んでいない ・ 飲んでいる : お薬手帳持参 ・ 紹介状)

4. 今までにかかった病気があればお書きください

発症年齢	病名	治療経過(手術・飲み薬など)

5. 血縁の方で心臓病・高血圧・糖尿病・脳血管障害・結核にかかった方はいますか (はい ・ いいえ)

はいの方 父・母・兄弟・その他 () 病名 ()

6. アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

はいの方 薬・食べ物名 ()

7. 嗜好品についてお答えください

お酒： 飲まない ・ 飲む (種類： ml 週 回)
たばこ： 吸わない ・ 吸う (本/1日 歳から 歳まで)

8. 女性の方のみ 妊娠している可能性はありますか (はい ・ いいえ)